

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W21-704175

payé

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8074 Société : 183016

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR MHAMMED

Date de naissance : 15/07/1953

Adresse : HAY EL MOHAMMADI LOT EL OUAHOA RUE

KHALIDIAN EL OUALID 15 OUGDA

Tél. : 0679873901 Total des frais engagés : 2038,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Yassine MEBROUK
Professeur Agrégé en Neurologie
Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI - OUGDA
INPE : 081247827

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : Benamer M'hamed Age : 70

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tremblement essentiel

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : OUGDA Le : 15/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/10/23	CS		G	INP : 081248827 BROUK Neurologie Université WDA 7827

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
	05/10/23	

[illegible][illegible]

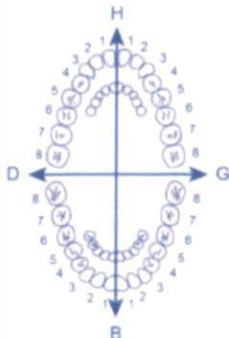
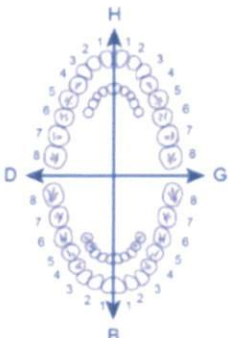
.....

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

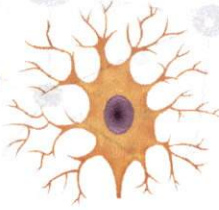
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. Yassine MEBROUK

Neurologue

Professeur de Neurologie
Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda
Spécialiste des maladies du cerveau
et de la moelle épinière
Adulte et Enfant

Explorations électroneurophysiologiques
Électroencéphalogramme (EEG)
Électromyogramme (EMG)
Électroneuromyogramme (ENMG)
Potentiels évoqués visuels (PEV)



البروفيسور ياسين مبروك

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بوجدة

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

الكبار والأطفال

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

وجدة، في 05/10/2023

RENNEN MARCH

$$11350 \times 2 = 22700$$

1 - Med garm 21/1/



10800 x 9 = 97200

$$10800 \times 9 = 97200$$

2 - Topramat GTR 10/1/



$$3570 \times 1 = 3570$$

3 - Alprazolam 1/2



1/2 — 1/2 — 1/2

المستعجلات : 06 66 72 36 34 - Urgences : 06 26 96 36 99 - المواعيد : 06 26 96 36 99

البريد الإلكتروني : E-mail : mebrouky@gmail.com

40200 x 3 = 80400

4- Suppl Div



0 ————— 0

T: 2038,70

103 →


PHARMACIE TENNIS
DR CHAKI Zin-Eddine
Rte Mohammadia N° 19
Tel: 0538 88 88 88
INPE: 080555963
OUIDA
6T N° 19
Dr. Yassine MEBROUK
Professeur Agrégé en Neurologie
Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI - OUDJA
INPE: 081247827

Sifrol® 1,05 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

139/21/NRQd/VHA/DMP/18

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوافق 1,05 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

139/21/NRQd/VHA/DMP/18

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste L - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 402 DH 00

Sifrol® 1,05 mg

ation prolongée contient 1,5 mg de pramipexole monohydraté correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

ntiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

et de la vue des enfants.

allage extérieur d'origine à l'abri de

prescription médicale.

4P/18

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيد الماء، أي ما يوافق 1,05 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

139/21/NRQd/VHA/DMP/18

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

ur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

5 PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

TU S.A.

PPV : 402 DH 00

Sifrol® 1,05 mg

ation prolongée contient 1,5 mg de pramipexole monohydraté correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

ntiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

et de la vue des enfants.

allage extérieur d'origine à l'abri de

prescription médicale.

4P/18

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيد الماء، أي ما يوافق 1,05 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

139/21/NRQd/VHA/DMP/18

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

A.

PPV : 402 DH 00

Topiramate GT® 50 mg

Topiramate

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: TJ1161B
Per: 10/2025
PPV: 108DH00

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: TJ1161B
Per: 10/2025
PPV: 108DH00

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AFD790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

Topiramate GT® 50 mg

Topiramate

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

Topiramate GT® 50 mg

Topiramate

Voie orale
30 comprimés pelliculés



TECNIMED GROUP

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

TOPIRAMATE GT® 50 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 380084

Lot: AF0790E
Per: 06/2026
PPV: 108DH00

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



30 قرصا ملبسا

LOT : 065
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



30 قرصا ملبسا

LOT : 065
PER : JAN 2026
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc